ESSAI

N° 146.

SUR L'APPLICATION DE LA MÉTHODE DE *BRASDOR*

AU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 août 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine,*

PAR PIERRE-PAUL-MICHEL DIEULAFOY, de Toulouse,

Département de la Haute-Garonne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant*. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Président*.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur*.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur*. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Examinateur*.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Suppléant*.	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur*.	Velpeau.
Gendy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES,

JOSEPH DIEULAFOY

ET

PIERRE DIEULAFOY.

A MA BONNE MÈRE.

Je lui dois tout.

P.-P.-M. DIEULAFOY.

ESSAI

SUR L'APPLICATION DE LA MÉTHODE DE *BRASDOR*

AU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES.

Sous le nom d'*anévrysme* on a désigné plusieurs maladies de nature différente, qui n'ont entre elles de caractère commun que leur siége dans le système artériel, de là la division de l'anévrysme en *vrai*, *faux*, *variqueux*, par *anastomose;* toutes ces affections ont reçu le même nom quoiqu'elles diffèrent par leur caractère pathologique. L'*anévrysme vrai* et l'*anévrysme faux*, seules maladies qui méritent ce nom, peuvent se produire par des mécanismes différens. La tumeur anévrysmale peut être formée, 1°. par les trois tuniques dilatées; 2°. par la tunique moyenne et interne, l'externe étant rompue; 3°. par la seule tunique externe. *Scarpa* a surtout insisté sur ce dernier mode de formation; il n'admettait que cette seule espèce d'anévrysme : cependant l'observation pathologique a prouvé que le kyste anévrysmal pouvait être formé par la dilatation des trois tuniques artérielles. Lorsque l'anévrysme est produit par l'extension de la tunique externe, la moyenne et l'interne étant perforées, on trouve dans le tube artériel une ouverture étroite à bords flottans et déchirés; on a tenté des expériences pour produire artificiellement cette maladie. *John Hunter*, après avoir mis à nu l'artère carotide d'un chien, l'amincit en empor-

tant la tunique externe; trois semaines après, l'artère au lieu d'être dilatée était épaissie par la juxta-position des couches de tissu cellulaire ambiant. Lorsque l'on examine avec attention une tumeur anévrysmale, on trouve le sac épaissi et adhérent aux parties circonvoisines; sa cavité est remplie de lymphe coagulable disposée en couches concentriques, les plus anciennes adhérentes à la tunique interne du kyste; elles y adhèrent si fortement, qu'il est probable qu'il existe entre elles des moyens d'union vasculaires. Cette lymphe coagulable n'est que le caillot organisé et devenu fibrineux, et non un liquide sécrété par la tunique lisse de la tumeur; on pourrait peut-être avancer que le kyste, comme les séreuses enflammées, sécrète de la lymphe coagulable, qui devient ensuite le moyen d'union entre la tunique interne et le caillot. Ce fait n'a pas encore été étudié, il mérite d'être l'objet des recherches de l'anatomie pathologique. Un point, cependant, sur lequel je dois insister, c'est l'analogie qu'il y a entre le caillot que l'on trouve dans le tube d'une artère oblitérée et celui qui remplit le sac anévrysmal. *John Hunter* injecta la tunique d'une artère qu'il avait auparavant liée, en examinant cette préparation, qui se trouve dans son superbe muséum anatomique, on voit une rougeur remarquable dans le caillot. Cette rougeur doit-elle être attribuée à des vaisseaux injectés ou à de l'injection épanchée? *John Hunter* était dans le doute. Dans une tumeur anévrysmale, le centre est occupé par des caillots à demi-fluides appliqués sur des caillots déjà fibrineux, et lorsque la coagulation est plus avancée, les couches les plus anciennes sont doublées d'une membrane douce et polie qui ressemble à la tunique interne artérielle dans son état normal. L'anévrysme se trouve toujours sur le trajet d'une artère à son premier degré, c'est une tumeur plus ou moins arrondie, rénitante, sans changement de couleur à la peau, offrant des pulsations isochrones aux battemens du cœur, pulsations produites par la dilatation de la tumeur en tous sens, et non par un mouvement d'élévation communiqué à toute la masse : souvent on entend le bruit d'un soufflet. On fait cesser les pulsations si l'on comprime l'artère entre

la tumeur et le cœur; elles reviennent lorsqu'on n'exerce plus la compression. Lorsqu'un anévrysme prend de l'accroissement, les pulsations sont plus obscures, la tumeur se dilate du côté où elle trouve moins de résistance, en suivant cependant sa première direction. L'incommodité d'un anévrysme dépend de sa situation et de ses différens rapports avec les principaux troncs vasculaires et nerveux; arrivée à son dernier degré, si la tumeur est en rapport avec une membrane muqueuse, elle s'ouvre ou se gangrène; elle se déchire ou se rompt si c'est avec une séreuse, comme dans la cavité du péricarde ou de la poitrine, ou bien elle guérit spontanément. Il faut connaître les moyens que la nature emploie pour arriver à ce but; ces moyens sont au nombre de cinq : 1° Le sang est rempli de caillots qui interceptent tout mouvement circulatoire, l'artère cependant reste libre et remplit ses fonctions; 2°. le kyste étant oblitéré, la coagulation envahit l'artère; 3°. la tumeur, par son développement, peut comprimer le vaisseau au-dessus ou au-dessous, gêner la circulation, le caillot durcit, diminue de volume, etc. ; Sir *Everard Home* et *Scarpa* rapportent des exemples de cette terminaison; 4°. l'anévrysme étant en fuseau, le sac peut se remplir d'un caillot dur et adhérent, creusé dans son milieu d'un canal propre à la circulation; 5°. l'inflammation peut s'emparer de la tumeur, l'abcéder, et les caillots sortent avec le pus, etc.

L'anévrysme est une maladie dangereuse, son traitement a fixé l'attention de plusieurs praticiens, aussi possédons-nous plusieurs méthodes curatives. Toutes ces méthodes sont fondées sur les divers mécanismes que l'organisme emploie pour parvenir à cet heureux résultat. C'est la force latérale du sang qui produit l'augmentation de la tumeur, et plus tard sa rupture. C'est en diminuant l'énergie circulatoire que l'on favorise la coagulation dans le traitement méthodique de *Valsalva*. Cet auteur recommande de saigner fréquemment le malade, jusqu'à l'anémie; alors la circulation est si faible, que le caillot pourra se former, les parois du sac se rapprocher et prendre assez de force pour résister à l'impulsion latérale du sang, et l'ané-

vrysme diminuer. On a aussi employé la compression de la tumeur; mais il n'est pas aisé de concevoir le mode d'action de ce moyen; il paraît que les succès obtenus par cette méthode doivent être attribués à la pression que l'on exercerait sur l'artère; la circulation était ralentie, et par là on favorisait la formation du caillot. Lorsque la chirurgie fit des progrès, on reconnut l'insuffisance de ces moyens, et les praticiens furent enhardis à tenter de nouvelles opérations. La première méthode employée fut l'incision; on ouvrait la tumeur, et après l'avoir nettoyée du sang qu'elle contenait, on liait les deux bouts de l'artère; outre sa difficulté, cette opération a de graves inconvéniens, et entraîne souvent la mort du malade. Pour éviter les dangers que nous venons de signaler, *Anel* conçut le premier l'idée de lier l'artère entre la tumeur et le cœur. Ce procédé fut négligé jusqu'à ce que *Dessault* et *John Hunter*, le tirant de l'oubli, l'exécutèrent heureusement pour un anévrysme de l'artère poplitée. Ce fut un grand pas de fait en chirurgie. Dans l'opération de *Hunter*, on lie l'artère entre le kyste et le cœur; on a l'avantage de ne pas ouvrir le sac et d'appliquer la ligature sur l'artère non malade. *John Hunter* regarda son procédé comme convenable, surtout dans l'anévrysme de la poplitée, d'après les difficultés que l'on rencontre dans l'opération par incision; tandis qu'au-dessus de la tumeur, l'artère peut être liée avec beaucoup de facilité. Le seul argument que l'on peut opposer à la ligature, c'est le danger de priver de sang le membre inférieur lorsque l'artère fémorale est oblitérée. Mais de nombreuses observations ont prouvé que les anastomoses des branches de la profonde et de la superficielle suffisent à l'entretien de la circulation. Le succès ne couronna point la première opération de *Hunter*, et cependant d'autres praticiens furent enhardis à la pratiquer. M. *Abernethy*, il y a vingt-cinq ans, lia le tronc de l'iliaque externe pour un anévrysme de la crurale; M. *Kéate* lia la sous-clavière pour un anévrysme de l'axillaire; le docteur *Mott*, de New-York, lia l'artère innominée; sir *Astley Cooper*, la carotide et l'aorte. Après la ligature d'une artère, les changemens qui arrivent dans la tumeur sont semblables à ceux que la nature

emploie dans la guérison spontanée ; la circulation est interrompue entre la ligature et le kyste, la coagulation a lieu, le sac se resserre et se durcit, l'artère s'oblitère ; l'oblitération des vaisseaux, lorsque le sang cesse d'y passer, est une loi de la nature ; le canal artériel et veineux, l'artère et la veine ombilicale en sont des exemples. A mesure que la tumeur se durcit, la circulation se fait par les vaisseaux d'anastomose ; leur dilatation est subite. Chez un enfant sur lequel M. *Wardrop* lia l'artère carotide, on vit les branches temporales et occipitales se dilater immédiatement après l'opération. Quoiqu'il puisse être nécessaire que le calibre de plusieurs vaisseaux soit augmenté pour entretenir la circulation, cependant les dissections ont prouvé qu'il n'y en avait que peu de branches dilatées, et particulièrement celles qui sont le plus près de l'artère liée. Sir *Astley Cooper* amputa la cuisse d'un homme sur lequel il avait, quelques années auparavant, pratiqué l'opération de l'anévrysme ; il trouva dans le membre une artère d'égale grosseur, et presqu'à la même place que la fémorale. « L'hypothèse, dit-il, conduit à penser que les vaisseaux d'anastomose seraient plus nombreux en proportion du temps qui se serait écoulé depuis l'opération ; cependant l'observation prouve le contraire. »

M. *Wilson* rapporte qu'après avoir divisé une artère de la sclérotique, un vaisseau blanc devint rouge, et que vingt-quatre heures après il avait la grosseur et occupait la place du vaisseau divisé. Le docteur *Wright*, dans ses dissections, trouva chez un sujet l'artère fémorale oblitérée et convertie en ligament ; l'oblitération commençait à trois pouces de l'arcade. Cette artère était remplacée par une branche de même grosseur que la fémorale du côté opposé, elle avait la même direction, excepté qu'elle ne passait point sous l'arcade aponévrotique du troisième abducteur. Lorsque, pour la première fois, on entreprit l'opération de *Hunter*, on crut que la circulation serait entièrement suspendue dans le sac anévrysmal ; mais dans plusieurs opérations faites par *Hunter*, et consignées par *sir Everard Home* dans les Transactions de la Société, etc., ce praticien assure que la

tumeur du jarret avait continué de battre après la ligature de la fémorale. De ce fait, sir *Éverad* tire cette importante conclusion, qu'il suffit de diminuer la force de circulation dans un anévrysme pour le guérir, ou du moins pour enrayer sa marche. Il est prouvé par l'observation que le sang peut circuler dans un kyste anévrysmal, même après que l'artère a été liée; il peut exister des branches entre la ligature et la tumeur, et les vaisseaux communiquant avec d'autres artères entretiennent la circulation, ou bien le sang peut venir par des branches d'anastomoses situées au-delà de la tumeur. Mais quel que soit le mécanisme qui a rétabli la circulation dans le kyste, l'obstacle apporté au cours du sang suffit pour guérir la maladie, à moins que la circulation ne soit entretenue par de très-grosses branches, comme on l'a observé quelquefois, alors toute coagulation devient impossible. De la connaissance de ce fait, sur lequel sir *Éverard Home* a beaucoup insisté, il faut conclure que l'on doit lier les artères pour guérir les anévrysmes, quoique après la ligature le sang puisse continuer d'arriver dans la tumeur. Ce principe bien établi, a conduit M. *Wardrop* à tenter une nouvelle opération dans les anévrysmes réputés incurables. Lorsqu'une tumeur anévrysmale était située si profondément qu'il était impossible au chirurgien de placer une ligature entre le cœur et le kyste, on regardait cette maladie comme au-dessus des ressources de l'art. *Brasdor*, chirurgien distingué de l'ancienne École de Paris, proposa une nouvelle méthode pour opérer ces maladies. Cette méthode consistait dans la ligature de l'artère entre la tumeur et le système capillaire. *Dessault*, dans ses cours, avait l'habitude de parler de cette opération; il pensait qu'on devait l'essayer lorsque toute autre était impossible. Ce célèbre chirurgien n'eut jamais l'occasion de la mettre en pratique. *Deschamps* exécuta l'opération de *Brasdor* dans des circonstances peu favorables. Un homme, âgé de soixante ans, portait à la partie supérieure de la cuisse une tumeur anévrysmale de dix-sept pouces de circonférence; il n'y avait que quatre ou cinq lignes d'intervalle entre elle et le ligament de *Poupart*. *Deschamps*, dans une consultation, proposa la ligature de

l'artère au-dessous du sac, espérant diminuer la circulation et favoriser la coagulation. L'opération fut pratiquée ; elle fut longue et difficile. La tumeur s'accrut à un tel point, que l'on craignit sa rupture. Alors il fut décidé que l'on ferait l'opération suivant la méthode ordinaire. On exerça la compression sur le pubis ; le sac fut ouvert, et l'on plaça deux ligatures sur les deux extrémités de l'artère. L'hémorrhagie fut si abondante, que le malade mourut huit heures après l'opération.

D'après le même principe, sir *Astley Cooper* opéra un anévrysme de l'artère iliaque externe, anévrysme qui s'étendait si loin dans l'abdomen, qu'il était impossible de lier l'artère au-dessus de la tumeur. Ce chirurgien lia la fémorale entre l'épigastrique et la profonde ; la tumeur diminua de volume. Sir *Astley Cooper* conçut l'espoir de pouvoir lier l'artère au-dessus du kyste ; mais l'anévrysme se rompit, et le malade mourut d'hémorrhagie. Ce sont les seules opérations de ce genre que l'on ait exécutées depuis *Brasdor*, lorsque, il y a trois ans, M. *Wardrop* lia la carotide pour un anévrysme situé à l'origine de cette artère. Il est étonnant que cette opération n'ait pas été plus tôt adoptée, malgré la critique de plusieurs chirurgiens. Je ne puis pas concevoir, dit *Allan Burns*, une pensée plus futile que celle de croire qu'une pareille opération puisse empêcher la tumeur de grossir ; on doit croire plutôt que l'anévrysme augmentera à mesure que l'on empêche le sang d'y circuler librement ; comment concevoir que le sang soit coagulé et les branches d'anastomose élargies ? Que *Dessault* ait été le prôneur d'une telle opération, et que *Deschamps* l'ait exécutée, cette doctrine est absurde en théorie, et l'expérience prouve qu'elle est mauvaise en pratique.

Dans l'opération proposée par *Brasdor*, on doit remarquer que les phénomènes qui arrivent dans le kyste après la ligature de l'artère sont les mêmes que ceux que la nature produit dans la guérison spontanée de cette maladie. Après l'opération suivant la méthode de *Hunter*, le sang contenu entre la ligature et la tumeur, et celui qui est contenu dans le sac, cesse de circuler ; la ligature soutient tout l'effort de la circulation, le caillot interne se forme, les adhérences

s'établissent, et l'hémorrhagie devient impossible. Maintenant étudions ce qui se passe lorsque la ligature est placée entre la tumeur et le système capillaire, et qu'il n'y a pas de branche intermédiaire; aussitôt que le fil est serré, les vaisseaux se dilatent comme dans l'opération de *Hunter;* le sang, éprouvant de la résistance, fait effort contre les parois du sac et la ligature, mais cet effort dure peu de temps; en peu d'heures les branches d'anastomoses sont élargies, et les opérations pratiquées suivant cette méthode prouvent que l'anévrysme diminue au lieu d'augmenter, car la peau qui recouvre la tumeur se fronce presque aussitôt après l'opération. Lorsque la circulation est bien établie par les anastomoses, le sang contenu dans le sac est en état de repos et tend à se coaguler, quoiqu'on sente encore des battemens dans la tumeur; lorsque la coagulation est faite la guérison est opérée, le caillot est absorbé, et le sac se contracte. Si la tumeur est trop volumineuse, elle s'abcède, se vide et diminue de volume; ce sont là des phénomènes que nous avons décrits en parlant des moyens que la nature emploie pour la guérison spontanée de cette maladie; étudions ce que devient le sang contenu dans un kyste anévrysmal, lorsqu'on a lié l'artère soit au-dessus, soit au-dessous de la tumeur. Lorsque la ligature est placée entre l'anévrysme et le cœur, le sang est arrêté dans son cours; il ne peut plus être poussé jusqu'aux capillaires, il reste dans le sac, le caillot est absorbé ou chassé par voie de suppuration. Lorsque la ligature est placée entre la tumeur et le système capillaire, on sait par expérience que l'anévrysme diminue de volume; le sang contenu dans le kyste peut s'échapper par le tronc qui l'a apporté, passer dans la circulation, et lorsque les branches anastomoses sont dilatées il n'y a plus de sang de poussé dans le sac.

Dans les deux cas d'anévrysme de l'artère carotide opérés par sir *Astley Cooper*, suivant la méthode d'*Anel*, la tumeur prit un tel volume, que les malades moururent des suites de l'opération. En publiant ces deux faits dans les Transactions de la société, etc., sir *Astley Cooper* dit que la mort fut le résultat de l'inflammation du sac,

qui par son accroissement comprima l'œsophage et la trachée-artère au point de gêner la respiration et la déglutition. Par la méthode de *Brasdor* on évite l'inflammation de la tumeur, et on diminue les chances d'une hémorrhagie consécutive. Ici la ligature remplit des fonctons différentes; au lieu de soutenir tout l'effort de la circulation jusqu'à ce que l'artère soit cicatrisée, comme lorsqu'elle est appliquée entre le cœur et la tumeur, elle ne remplit cette fonction que pour quelques minutes; car aussitôt que la ligature est appliquée, la circulation cesse dans le sac, le sang se coagule, et la ligature devient presque inutile.

I^re^. OBSERVATION *de* JAMES WARDROP, *extraite du treizième volume des Transactions*, 1825.

Une femme, âgée de soixante-quinze ans, se plaignait depuis trois mois de douleurs dans le cou et de gêne dans la respiration. Après un violent accès de toux, elle aperçut une tumeur située sur le côté droit du cou un peu au-dessus de la clavicule. Je la vis huit jours après; la tumeur, de la grosseur du poing, avait tous les caractères d'un anévrysme de la carotide; mais sa situation rendait impossible toute tentative de ligature entre elle et le cœur. La maladie fit des progrès, et onze jours après elle avait acquis un volume considérable. La peau qui recouvrait le côté interne et postérieur était rouge et douloureuse, et les pulsations, très-sensibles dans toute la tumeur, l'étaient bien davantage dans ce point; on aurait dit que cette portion de la peau était prête à se rompre. Il était évident que la vie de la malade était en danger, et, dans ce cas, presque sans ressource. Je fus frappé de la possibilité de pratiquer la ligature de l'artère entre le sac et le système capillaire, espérant que l'obstacle apporté à la circulation favoriserait la coagulation du sang contenu dans le kyste, etc. La circonstance était favorable, la maladie était récente, et, quoique âgée, la malade jouissait d'une bonne santé; elle désirait vivement être guérie. Aidé des conseils du docteur *Weitch* et de M. *Glen*, chirur-

gien de Brompton, j'entrepris l'opération. Je fis à la peau une incision d'un pouce et demi ; l'incision commençait immédiatement au-dessus de la tumeur, et s'étendait dans la direction de la carotide sur le côté interne du mastoïdien. J'eus soin d'éviter les larges veines superficielles ; le reste de la dissection fut faite avec un bistouri d'argent. Je n'éprouvai d'autre difficulté que celle qui devait nécessairement résulter de la profondeur du vaisseau, de sa situation, du peu d'étendue de l'incision, et des nombreuses veines à éviter, le milieu de l'incision était croisé par une large veine, qui allait s'anastomoser avec la jugulaire interne, ce qui diminuait l'espace dans lequel j'étais obligé d'agir. Après une soigneuse dissection, rendue plus difficile par la difficulté de diviser les parties avec un couteau d'argent, l'artère fut mise à nu ; je glissai mon doigt derrière, et je passai la ligature. Au moyen de l'aiguille de M. *Bremner*, j'eus soin d'éviter le nerf de la huitième paire, que je protégeai de mon doigt. Je m'assurai que l'artère était saine, et je serrai la ligature aussi près de la tumeur que l'incision me le permit. Je réuni les deux lèvres de la plaie par deux points de suture ; je couvris la tumeur avec un emplâtre agglutinatif, afin de protéger la peau amincie, et d'exercer en même temps un certain degré de pression. Je croyais que, par l'obstacle apporté à la circulation ; l'anévrysme augmenterait de volume ; il diminua, la peau se rida, et la rougeur disparut ; la ligature de l'artère n'apporta aucun changement aux fonctions du cerveau ; la malade passa une très-bonne nuit, l'anévrysme était moins douloureux. Après l'opération, le volume de la tumeur et la force des pulsations diminuèrent. Le quatrième jour, le kyste anévrysmal était réduit aux deux tiers de son volume ; on ne sentait les pulsations qu'à la partie interne ; la peau, qui d'abord avait perdu sa rougeur, devint plus enflammée, l'anévrysme s'accrut pendant le cinquième et le sixième jours, les pulsations augmentèrent aussi. J'attribuai cet accident à des quintes de toux qui tourmentaient beaucoup la malade. Cette légère exaspération se termina par une amélioration remarquable ; huit jours après l'opération, la toux diminua de nouveau, et les pulsations re-

devinrent obscures. Le quatorzième jour, l'anévrysme était diminué de moitié, plus de pulsation; on sentait un léger frémissement, que j'attribuai à l'artère tyroïdienne inférieure. Cependant l'inflammation de la peau suivit son cours, et la portion interne s'ulcéra, il en sortit beaucoup de sang coagulé mêlé à du pus. Le vingtième jour, l'abcès était cicatrisé, et il ne restait de la tumeur que des rides et un épaississement de la peau; le cou avait repris sa forme normale, la ligature était tombée, et la malade était en pleine santé.

II^e. OBSERVATION *de* M. WARDROP, *extraite du premier volume de la Lancette*, 1826.

Une femme âgée de cinquante-sept ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut prise, il y a quatre ans, de violens maux de tête, qui se terminèrent par une attaque d'apoplexie; on employa les saignés et les vésicatoires, et la malade se rétablit. Deux ans après elle eut une rechute, qui dura trois semaines, le même traitement la rendit à la santé. Six mois après, une de ses amies la fit apercevoir d'une tumeur pulsative qu'elle portait à son cou; un chirurgien reconnut un anévrysme de la carotide droite, proposa une opération, à laquelle la malade ne voulut point consentir. L'anévrysme est situé au côté droit du cou, exactement sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui paraît aminci, ses deux portions sont légèrement écartées; les pulsations sont sensibles deux pouces au-dessus de la clavicule, elles sont plus fortes à la partie supérieure qu'à la partie inférieure de la tumeur, qui a deux pouces et demi de larges. La veine jugulaire externe traverse la partie supérieure de l'anévrysme et semble très-distendue. La malade a eu une hernie pendant quatre ans; les jambes sont œdématiées et douloureuses; elle souffre beaucoup de la tête; elle ne peut pas se reposer sur le côté droit, car alors les pulsations augmentent beaucoup; peu de sommeil, pas d'appétit, soif vive, constipation, pouls naturellement fréquent.

Au lieu d'une saignée j'ordonnai des diurétiques. Le 10 décembre,

après avoir donné à la malade deux grains d'opium, assisté de M. *Lawrence* et de plusieurs autres praticiens, je liai l'artère-carotide entre la tumeur et le système capilaire, la ligature fut placée sur la portion de l'artère correspondante à l'omo-hyoïdien ; cette femme ayant le cou très-gras, je fus obligé de faire une incision de trois pouces et demi, la dissection fut achevée avec un scalpel d'argent, et la malade ne perdit pas plus de deux cuillerées de sang. Comme le recommande M. *Fielding*, je me servis d'un intestin de vers à soie pour ligature, je le passai avec facilité au moyen de l'aiguille de M. *Bremner*, et après l'avoir serrée, je coupai les deux bouts. La plaie de la peau fut réunie par deux points de suture, le tout recouvert par des bandelettes, d'un emplâtre adhésif. La malade supporta l'opération avec courage, elle ne ressentit qu'une légère faiblesse ; sans appui elle monta dans son appartement, et s'assit avant de se mettre au lit. Le pouls du côté droit était plein et fort, celui du côté gauche petit et faible. Dans la soirée, la malade se plaignit de sécheresse dans le gosier. J'ordonnai cinq grains de calomel. La nuit fut bonne ; il y avait long-temps que la malade n'avait pas dormi aussi bien. Plus de maux de tête ; les pulsations deviennent obscures, surtout du côté interne de la tumeur ; la carotide du côté opposé bat avec force ; l'emplâtre est enlevé ; la plaie est fermée, pas de trace d'inflammation. Le 12 décembre, pouls du côté droit plus fort que celui du côté gauche, pulsations plus fortes de la carotide gauche ; l'artère temporale droite bat faiblement ; pas de changement dans la tumeur, toute la plaie est cicatrisée ; plus de maux de tête, la malade s'habille elle-même. Une légère pression diminue le volume de la tumeur, mais reproduit la douleur de la tête. Légère faiblesse dans l'après-midi, coliques ; j'ordonnai une infusion de séné et de sel neutre. Le 13 décembre, état général meilleur, évacuations alvines ; plus de maux de tête, la malade peut se coucher sur le côté droit sans augmenter ses douleurs. Pulsations du côté externe, la pression de la tumeur produit de la douleur dans la tête, la plaie est entièrement réunie ; j'enlevai les deux points de suture. Le 21 décembre, la malade jouit d'une

bonne santé et d'un excellent appétit. Trois semaines après l'opération, la malade s'enrhuma, but des liqueurs alcoholiques, et fut prise de violens accès de toux; la tumeur, qui était restée stationnaire, augmenta de volume; les pulsations furent plus fortes : tous ces symptômes furent apaisés par des petites saignées, et la malade entra en convalescence. Trois semaines après, l'auscultation fait reconnaître une hypertrophie de cœur; les jambes sont œdématiées, l'œdème augmente malgré les diurétiques administrés à hautes doses; des ventouses et quelques saignées augmentent la sécrétion de l'urine. La malade mourut le 23 mars sans avoir éprouvé aucun symptôme que l'on pût rapporter au trouble que l'opération, faite le 10 décembre, aurait apporté dans la circulation. Le jour de la mort, la tumeur du cou, de la grosseur d'une amande, était pulsative, diminuait par la pression, et revenait aussitôt à son état naturel.

Nécropsie. Anasarque, les jambes ont trois fois leur volume naturel; la tumeur qui existait pendant la vie a disparu et n'est plus apparente. Après avoir ouvert la poitrine, on trouva le cœur hypertrophié dans ses deux côtés; il avait trois fois la grosseur du poing du sujet. Sérosité dans le péricarde, traces de péricardite, flocons albumineux, adhérences anciennes. A l'extérieur, rien de remarquable dans l'aorte et le tronc innominé; la surface interne de ces artères était parsemée de plaques jaunâtres athéromateuses et de quelques ossifications irrégulières; l'artère carotide était dilatée à son origine, dilatation qui correspondait à la tumeur que la malade avait portée durant sa vie. L'artère était vide et ses parois étaient rapprochées; la portion dilatée avait un pouce de long. En replaçant la peau, on trouvait que la cicatrice cutanée et celle de l'artère étaient dans un rapport parfait : l'artère avait été liée six lignes au-dessous de sa bifurcation; l'espace qui séparait l'artère de la peau était occupé par un tissu cellulaire fibreux qui enveloppait aussi la huitième paire de nerfs. Après avoir fendu l'artère, je

trouvai que la partie dilatée était beaucoup plus mince que le reste du vaisseau. Sa surface interne était parsemée de taches jaunes et saillantes ; mais aucune cicatrice ni quelque autre marque pareille ne put indiquer l'endroit où avait été appliquée la ligature. La carotide et ses branches étaient entièrement vides, excepté la tyroïdienne supérieure et l'occipitale, qui étaient remplies par un caillot de lymphe organisée.

III^e. OBSERVATION.

Anévrysme de l'artère carotide, opéré par JAMES LAMBERT, *chirurgien à Walworth.* (*Extraite de la Lancette,* 1827.)

Une femme de quarante-neuf ans, d'une constitution délicate, me consulta dans le mois de janvier dernier pour une grosseur qu'elle portait au côté droit du cou. Je trouvai une tumeur pulsative, située sous l'extrémité sternale de la clavicule, recouverte en partie par le muscle sterno-cléido-mastoïdien; les pulsations isochrones aux mouvemens du cœur étant visibles à une grande distance; la tumeur ne paraissait que de la grosseur d'une noix, mais en l'examinant et la parcourant avec mes doigts, je trouvai qu'elle était plus large et qu'elle s'étendait en arrière dans la poitrine, excepté dans la partie inférieure. Le kyste sanguin était bien circonscrit, la pression en était douloureuse. Cette femme me raconta, ainsi qu'il suit, l'histoire de sa maladie. Il y a deux ans, après un chagrin domestique, elle devint sujette à des palpitations; sa maladie augmenta à un tel point, qu'elle fut obligée de suspendre ses occupations ordinaires. Un jour, se promenant dans sa chambre, son esprit était préoccupé, les palpitations devinrent si fortes que sa respiration en était gênée : obligée de s'arrêter, elle éprouva une sensation d'étranglement, comme si on avait exercé une forte pression sur la partie inférieure de la trachée-artère; la même sensation se renouvelait si elle remuait le bras droit ou la tête. Elle se plaignait de sécheresse dans le gosier, accompagnée de

toux provoquée par des picotemens dans la trachée; depuis, sommeil interrompu par des rêves, pas d'appétit, maigreur extrême, pas de maux de tête; l'œil gauche voit trouble, tous les symptômes augmentent lorsque la circulation est accélérée. En appliquant ma main sur la proitrine, je m'aperçus que les battemens du cœur étaient sensibles dans toute l'étendue de cette région; on voyait battre la carotide dans toute l'étendue du cou. Quant à l'anévrysme, la malade nous dit qu'il n'y avait que quelques mois qu'elle avait vu une tumeur pulsative à la partie inférieure du cou; ce symptôme devint de plus en plus sensible, et le kyste sanguin en augmentant prit la forme que j'ai déjà décrite. C'était là certainement un anévrysme de la carotide droite; mais la maladie était-elle bornée à ce vaisseau, ou s'étendait-elle au tronc innominé? J'avoue que je n'osai pas me prononcer, car il n'y a pas de signe certain qui puisse faire distinguer l'anévrysme de l'innominé de celui de l'origine de la carotide, car dans l'un et l'autre cas on trouve une tumeur à la partie inférieure du cou. Il n'y avait qu'une seule chance de salut, c'était la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur. L'anévrysme était resté stationnaire pendant plusieurs mois, ensuite il avait augmenté rapidement, et les symptômes étant devenus plus graves, tout faisait craindre une issue funeste, si on ne tentait aucun moyen capable d'en arrêter les progrès. Avant de rien entreprendre, je crus qu'il était convenable de prendre l'avis de sir *Astley Cooper*, c'est ce que je fis huit jours après avoir vu la malade pour la première fois. Sir *Astley Cooper* désapprouva l'opération; c'est, dit-il, un anévrysme par dilatation, anévrysme qui n'augmente pas. J'avoue que je ne fus pas satisfait de cette opinion; il ne m'était pas démontré que toute opération était inutile, et alors je persistai. M. *Key*, qui à ma demande visita la malade, pensa que c'était un anévrysme de l'artère innominée, et que toute opération était impratiquable. MM. *B. Cooper* et *Callovay* furent du même avis. Je persistai dans mon opinion; je consultai mon ami, M. *Wakely*, celui-ci crut l'opération nécessaire, même dans le cas où le tronc innominé serait malade; je consultai aussi M. *Wardrop*, qui se déclara franchement

pour l'opération. La maladie ayant fait de rapides progrès, je fixai le jour pour le lendemain, 1^er^. mars. D'avance j'avais préparé la malade ; elle prenait tous les jours une infusion amère avec addition de sous-carbonate de soude. Le 1^er^. mars, j'entrepris l'opération en présence de MM. *Wardrop*, *B. Cooper* et *Callavay*. La malade était placée sur une table, la tête élevée et tournée du côté gauche ; je fis une incision de trois pouces de long, suivant la direction du muscle sterno-mastoïdien, et très-près de son bord interne. Je disséquai avec précaution couche par couche ; lorsque je fus près de l'artère, je me servis d'un scalpel d'argent pour la mettre à découvert : cette partie de l'opération fut rendue plus difficile par la nature de l'instrument dont je me servais ; je passai la ligature au moyen de l'aiguille de *Bremner ;* l'artère me parut dilatée, mais saine ; je serrai le fil, je coupai les bouts près du nœud ; la plaie extérieure fut réunie par deux points de suture, et quelques bandes d'emplâtre agglutinatif. L'opération fut faite sans difficulté. Il y avait une large veine superficielle qui croisait la partie supérieure de l'incision, j'évitai de l'ouvrir ; la malade perdit peu de sang. La veine jugulaire interne fut mise à découvert ; elle ne recouvrait pas l'artère. J'évitai de comprendre dans la ligature la branche descendante de la neuvième paire, et le nerf vague, qui ne fut pas mis à nu ; je plaçai le fil sur la partie de l'artère correspondante à l'omo-hyoïdien. La malade supporta l'opération avec beaucoup de courage ; elle eut quelques faiblesses : je consentis à la laisser une heure sur la table avant de la faire porter dans son lit ; elle ne fut pas plus tôt couchée, qu'elle fut prise d'un violent vomissement avec des efforts considérables, efforts qui pouvaient contrarier les suites de l'opération. Le soir, son estomac était encore très-irrité ; j'ordonnai trente gouttes d'extrait d'opium, et l'irritation fut apaisée. Avant d'aller plus loin, je dois faire remarquer qu'aussitôt après la ligature de l'artère la tumeur diminua de volume et les pulsations furent affaiblies.

La malade dormit bien ; le pouls était bon, celui du côté droit plus fort que celui du côté gauche ; les mouvemens du cœur étaient modérés, et la malade me dit que le vomissement ne rendit pas le mou-

vement du cœur plus fort et plus fréquent, ce qui n'aurait pas manqué d'arriver avant l'opération ; les fonctions cérébrales étaient intactes. Le troisième jour, je levai l'appareil, je coupai un point de suture ; la tumeur était tellement diminuée qu'elle n'était rendue visible que par une légère pulsation. Le sommeil était bon, plus de rêves. Je n'avais plus de crainte sur son état, lorsque, le dixième jour de l'opération, il se fit une hémorrhagie de sang vermeil par la plaie; il s'en écoula deux ou trois dragmes, et la malade remarqua que c'était par saccade. La partie supérieure de la plaie était réunie, la partie inférieure était en suppuration. Pendant les derniers jours, la plaie avait été pansée avec des bandelettes agglutinatives, et recouverte d'un cataplasme ; mais à cause de l'hémorrhagie je remplaçai le cataplasme par des compresses imbibées d'eau froide. L'hémorrhagie ne revint pas, et la plaie se cicatrisa. La malade se trouvait si bien qu'elle me remercia du soulagement que je lui avais procuré. Je lui avais recommandé de l'exercice ; mais lorsqu'elle faisait quelque effort elle éprouvait de la gêne dans la respiration, etc. Quant à la tumeur, il n'en existait plus, et le doigt, enfoncé profondément derrière la clavicule, sentait une petite tumeur dure et légèrement pulsative. Cinq semaines après l'opération la cicatrice s'ulcéra à son centre, il parut un petit bourgeon charnu qui, dans peu de jours, s'éleva au-dessus du niveau de la plaie ; j'eus de la peine à réduire ce fongus ; malgré des applications réitérées d'escharrotiques, le bourgeon reparut pendant quinze jours ; c'était d'autant plus désagréable que la malade était dans un très-bon état. Je la revis le 17 avril, et j'aperçus au milieu de la cicatrice un bourgeon charnu d'un rouge vif, il était de la grosseur d'une tête d'épingle. J'appliquai dessus de la charpie maintenue par un emplâtre adhésif, la malade ne se plaignait d'aucune douleur. Le jour suivant, 18 avril, l'on vint me chercher à toute hâte ; avant mon arrivée il y avait eu par la plaie une hémorrhagie très-abondante; je l'arrêtai par des applications d'eau froide. La plaie avait le même aspect que le jour précédent; elle fut pansée avec de la charpie maintenue par des bandelettes de sparadrap.

Je recommandai un parfait repos. La malade eut des nausées et des vomissemens. Malgré toutes les précautions l'hémorrhagie revint le 19, et continua par intervalles jusqu'au 23; elle cessa jusqu'au 30 avril. Le 1^er^. mai elle revint si abondante, que malgré tout ce que je pus employer pour ranimer les forces de la malade, elle mourut à onze heures du matin. L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort, en présence de MM. *Callaway* et mon ami *Pilcher*. A l'extérieur du cou pas de tumeur; ulcération de la moitié de la cicatrice. Vue à travers le péricarde, la crosse de l'aorte paraissait élargie. Après avoir ouvert cette enveloppe, on trouva qu'elle était tapissée par une couche légère de fibrine. Les poumons et le cœur étaient sains. Après avoir lié l'aorte descendante, les deux axillaires et les deux mammaires internes, on poussa de l'injection par la crosse de l'aorte; l'injection s'échappa par la plaie du cou. L'artère carotide droite, le nerf vague et la veine jugulaire interne étaient intimement unis. Au-dessous de la moitié inférieure de la plaie, on voyait une ulcération qui s'étendait jusqu'à l'artère; l'aorte et le tronc innominé ne présentaient rien à l'extérieur, son intérieur était tapissé de taches jaunes, saillantes, concrètes, telles que l'on en trouve chez les sujets avancés en âge; la sous-clavière droite était saine. A l'origine de l'artère carotide on voyait une tumeur de forme pyramidale, sa base s'étendait deux pouces au-delà de l'artère, elle avait six lignes de large; l'artère carotide était tellement oblitérée qu'il fut impossible d'y faire parvenir un stylet, on ne réussit pas moins en injectant de l'eau avec force. Après avoir fendu la tumeur, nous observâmes un caillot solide à sa partie inférieure; ce caillot, de la grosseur d'une olive, remplissait exactement le tube artériel. Les parois de la tumeur étaient épaissies et doublées d'une couche de fibrine; au-dessus du caillot les membranes artérielles avaient six fois leur épaisseur naturelle; elles étaient doublées d'une couche de fibrine très-adhérente et continue avec celle du caillot; il y avait aussi des lames de lymphe coagulée de formation plus ou moins ancienne, ces lames avaient successivement envahi le calibre de l'artère. Au-

dessous de la portion d'artère, au-dessous de l'omo-hyoïdien, où la ligature avait été appliquée, on voyait une ulcération de la paroi antérieure et interne de la carotide; cet ulcère avait trois lignes de long sur autant de large, il était recouvert par un caillot qui communiquait avec la plaie extérieure. Après avoir enlevé le caillot qui était dans l'artère, on aperçut la division de la membrane moyenne et interne, rupture déterminée par la ligature au-dessus de l'ulcère; l'artère carotide était libre; l'artère tyroïdienne supérieure était pleine de l'injection que l'on avait poussée par l'aorte : cette injection avait pénétré dans la carotide gauche au moyen des branches d'anatomose.

IV^e. OBSERVATION.

Anévrysme de la carotide opérée par M. Bush, *professeur d'anatomie à New-York.* (*Extrait de la Lancette*, 1828.)

Marie Covis, âgée de trente-six ans, s'aperçut, au mois de mars 1826, qu'elle portait une tumeur pulsative de la grosseur d'un œuf de poule à la partie supérieure du tiers inférieur du cou.

Le 2 septembre 1827, l'anévrysme s'étend de la clavicule du côté droit jusque près de l'os hyoïde, passe sur la trachée-artère, et se développe sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, dont les fibres sont étalées. La peau du côté interne du cou est mince, luisante et parsemée de varices; le kyste sanguin, dur à sa circonférence, est mou dans son centre, et diminue par la pression; les pulsations sont fortes et isochrones aux mouvemens du cœur. Cette pauvre femme est très-maigre; elle est gênée dans la respiration et la déglutition.

Le 6 septembre, j'assemblai les docteurs *Burton Clarke* et *Daun*, et d'autres praticiens du voisinage. Ils décidèrent que l'opération était impossible; 1°. que la maladie était trop avancée pour compter sur un heureux résultat; 2°. que le développement du kyste rendait impossible la ligature de l'artère.

Le 11 septembre, les médecins m'écrivirent que Marie Covis n'avait rien pris depuis neuf jours; que sa respiration était très-gênée; qu'elle

avait perdu la voix, et qu'elle me priait instamment de tenter quelque chose pour la soulager. Ces praticiens désiraient aussi que je fisse la ligature de la carotide. D'après tous ces renseignemens, je me décidai à faire l'opération, qui fut pratiquée à trois heures.

La malade fut placée sur une table, la tête et les épaules un peu soulevées. J'essayai de tourner la tête du côté opposé; mais cela fut impossible, la malade souffrait trop dans cette position. Je fis une incision de deux pouces, qui de l'angle de la mâchoire s'étendait dans la direction du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Je mis à découvert la veine jugulaire externe; je la coupai entre deux ligatures. Après avoir disséqué le peaucier et le fascia, le bord antérieur du muscle fut mis à nu; j'aperçus un plexus variqueux, que je repoussai avec le manche du scalpel; alors j'essayai d'écarter les lèvres de la plaie au moyen des airignes. Il me fut impossible d'y parvenir; la moindre tentative provoquait de la douleur, une respiration laborieuse et le gonflement des veines; tout cela, ajouté à la profonde situation de la carotide, au déplacement des parties molles, occasionné par le développement du kyste, me décida à prolonger l'incision sur la partie supérieure de la tumeur; alors je pus disséquer le tissu cellulaire dans le voisinage de l'hyoïde. Je trouvai cet os à un pouce et demi de profondeur; par de légers mouvemens je m'efforçai de porter le kyste en bas et du côté externe, ce qui me permit de mettre à nu l'enveloppe des vaisseaux; j'éloignai le nerf descendant de la neuvième paire, et j'ouvris la gaîne comme je le pus. La veine jugulaire interne était très-dilatée; l'artère me parut saine dans l'étendue d'un demi-pouce. Je passai une ligature de soie avec un stylet ordinaire; la plaie fut pansée, la malade portée dans son lit.

L'opération n'avait duré que quinze minutes. Immédiatement après que la ligature fut serrée, le docteur *Clarke* observa que la tumeur devenait plus molle et moins proéminente. J'ai dit au commencement de cette observation que cette pauvre femme n'avait rien pris depuis neuf jours, que sa voix et sa respiration étaient très-gênées; on sera très-surpris d'apprendre qu'avant même que la plaie fût pansée, cette

femme but dix onces d'eau et de vin ; et qu'elle me remercia du soulagement que je lui avais procuré : je fus obligé d'interrompre sa conversation. Rien de particulier dans les suites de l'opération.

Le quatorzième jour, j'ordonnai quelques saignées pour modérer la circulation et apaiser la douleur que la malade éprouvait au côté droit du cou. J'administrai quelques doux laxatifs pour entretenir la liberté du ventre ; la malade recouvra l'usage de la parole et la facilité de la déglutition. Sa nourriture consistait en thé et en bœuf ; le sommeil était tranquille. La tumeur diminua sensiblement, et les pulsations devinrent très-obscures. La ligature se détacha le dix-neuvième jour, et la plaie était cicatrisée le vingt-septième ; alors elle se leva. Le kyste était réduit de moitié.

V^e. OBSERVATION.

Anévrysme de l'artère innominée, opéré par JAMES WARDROP. (*Extrait de la Lancette, 1^er vol., juillet* 1827.)

Madame Denmarck, âgée de quarante-cinq ans, porte sur le côté droit du cou une tumeur pulsative de la grosseur d'un œuf d'oie ; la base est située sous la partie supérieure du sternum, et le sommet au côté interne du muscle sterno-mastoïdien ; les pulsations sont fortes, isochrones aux battemens du cœur ; pas de pulsations dans les branches de la carotide droite, celles de la gauche battent avec force. On sent battre le tronc de l'artère de la carotide droite ; mais c'est l'effet plutôt du mouvement communiqué à l'artère par le kyste sanguin, que du sang en circulation dans ce vaisseau. Percutée et auscultée, la poitrine paraît saine ; on entend le bruit de soufflet à la partie supérieure du sternum ; douleur dans le côté gauche de la tête et du cou ; dyspnée très-forte, augmentée par le plus léger mouvement ; la malade dort la tête très-élevée ; sommeil court et mauvais. Cette dame est pâle et maigre, et tout son extérieur dénote une grande souffrance. Il y a onze mois que la maladie a débuté par une très-forte

toux, gêne de la respiration, douleurs dans la poitrine et la tête. Ces douleurs furent regardées comme rhumatismales.

Il y a à peu près cinq mois que madame Denmarck s'aperçut qu'elle portait une tumeur pulsative au-dessus du sternum; elle y sentit de violentes palpitations : alors le kyste augmenta rapidement. Des saignées réitérées, la diète, le repos absolu, la digitale, diminuèrent un peu ses souffrances. Pendant les trois dernières semaines, la maladie a beaucoup augmenté, et avec elle la toux, la dyspnée et les palpitations : la peau qui recouvre le sac est devenue douloureuse. Il y a quinze jours que l'on appliqua le compresseur de M. *Searle*, dans le but de diminuer la circulation ; mais la malade ne peut pas le supporter. L'insuffisance de tout traitement interne, le rapide accroissement de la tumeur, me décidèrent à pratiquer la ligature de l'artère sous-clavière, comme le seul moyen de sauver la vie de la malade. J'exécutai cette opération le 6 juillet 1827. Le bras porté en bas et en arrière, la tête tournée du côté gauche, je fis à la peau deux incisions ; l'une immédiatement au-dessus de la clavicule et parallèle à cet os ; l'autre au-dessus et dans la même direction : les deux incisions se réunissaient sur le muscle sterno-mastoïdien, près de son insertion à la clavicule. L'incision supérieure s'étendait jusqu'à la veine jugulaire externe, qui fut ménagée. Au lieu de disséquer couche par couche, je disséquai le lambeau triangulaire circonscrit par les deux incisions ; ce lambeau était formé par la peau, le peaucier et le fascia ; par ce moyen, je mis à nu immédiatement le triangle sus-claviculaire. Je ne crus pas nécessaire de lier les vaisseaux que j'avais ouverts ; le reste de l'opération fut achevé avec un bistouri d'argent : il s'écoula peu de sang. J'enlevai la graisse qui remplit l'espace sus-claviculaire, et je mis à découvert le fascia, qui s'étend entre l'omo-hyoïdien et la première côte. Je portai autour de l'artère un seul fil de soie ; après l'avoir serré, je réunis la plaie avec des bandelettes agglutinatives. La malade supporta avec courage l'opération, qui ne dura que dix minutes. Le pouls du côté droit cessa de battre ; plus de pulsation ni dans l'artère carotide droite, ni dans les branches. La plaie fut

douloureuse pendant une heure; la respiration devint plus libre, et ce changement fut d'autant plus remarquable, que pendant les vingt-quatre heures qui avaient précédé l'opération la malade avait éprouvé de tels accès de dyspnée que son mari craignait de la voir mourir asphyxiée.

Vingt-quatre heures après on sentait battre le pouls du côté droit; la chaleur, la sensibilité et la force du bras étaient dans l'état normal; le mieux se soutient. Plus de mal de tête; elle se couche horizontalement, sans que la respiration soit gênée. La malade dort bien, et quoique le pouls soit fort et fréquent, la peau est fraîche et moite, la langue propre et le ventre libre. Je dois faire remarquer le soulagement que madame Denmarck éprouva aussitôt après la ligature : la diminution de la tumeur eut lieu dès que la malade fut dans son lit; elle n'éprouva pas dans le bras l'engourdissement qui est ordinairement la suite de la ligature de l'artère principale d'un membre. Le mieux se soutient; la plaie est réunie par première intention, excepté l'angle dans lequel se trouve la ligature.

Le neuvième jour, on sent de faibles pulsations dans l'artère-carotide droite. Parmi les médecins qui suivent la malade pendant sa convalescence, les uns attribuent ces battemens au sang qui arrive des branches anastomotiques dans le tronc principal,et cette opinion est fondée sur ce que l'artère temporale a battu la première. Quant à moi, je pensai que la tumeur anévrysmale, en s'élevant dans le cou, avait comprimé l'artère, et empêchait le sang d'y circuler. Maintenant par l'effet de la ligature, le kyste avait diminué de volume, et le calibre de l'artère était devenu perméable au toucher.

Le vingt-deuxième jour, la ligature est détachée, la plaie est fermée, l'anévrysme est réduit de moitié; plus de maux de tête, plus de dyspnée; la malade peut se promener, monter des escaliers, le tout avec facilité.

Au commencement du mois d'août, un mois après l'opération, madame D.... quitta Londres pour aller s'établir à la campagne, dans l'intention de respirer un air vif, de prendre de l'exercice et de se

nourrir de lait. A cette époque il ne lui restait de sa maladie d'autre trace que la maigreur, qui était le résultat non-seulement de son anévrysme, mais encore du régime et du traitement qu'elle avait subi ; la dyspnée diminua de jour en jour, à mesure que les forces augmentèrent. La malade se rétablit, et tous les symptômes de la maladie étaient si bien effacés, que M. *Chapman*, qui l'examina avec beaucoup de soin, écrivit à M. *Lawrence* que, si on ne lui avait pas fait le rapport de la maladie, jamais il n'aurait pensé que madame D.... eût été atteinte d'un anévrysme des gros vaisseaux ou du cœur. (C'était à la fin du mois d'août.) Le 15 novembre, après s'être exposée au froid, madame D.... fut prise d'un catarrhe aigu avec difficulté de respirer. Cette bronchite fut combattue heureusement par la saignée et la diète. Le 10 décembre 1827, l'affection catarrhale reparut, et avec elle une grande gêne de la respiration. Je la vis deux jours après : la dyspnée était si forte, que la malade était menacée d'être suffoquée. Elle avait une très-forte toux, accompagnée d'une abondante expectoration ; son pouls était dur et à cent trente pulsations ; la peau chaude ; délire dans la nuit, sensation d'étranglement, difficulté d'avaler ; pieds œdématiés ; au cou, plus de trace de la tumeur anévrysmale. Aucun symptôme n'indique que la maladie de l'artère ait fait des progrès : cependant, la suffocation à laquelle la malade est en proie fait craindre qu'elle ne puisse survivre. Dans cette circonstance, je n'avais qu'un seul moyen à employer ; je fis saigner largement madame D.... ; des sangsues furent appliquées à la poitrine et aux pieds ; j'administrai l'émétique à petite dose. Le jour suivant, deux saignées ; ventouses sur le sternum ; l'émétique est continué. Ce traitement soulagea un peu la malade ; cependant on fut obligé de la saigner encore trois jours de suite. La respiration est gênée, la toux forte, l'expectoration abondante. Son état resta le même pendant plusieurs semaines ; on fut obligé de recourir à la saignée pour apaiser la dyspnée. Pendant deux mois il fut impossible à madame D.... de sortir de son lit. Depuis son retour de la campagne cette dame n'avait pas été saignée ; la suppression de cette

évacuation artificielle avait pu contribuer à développer sa maladie ; alors je jugeai convenable de la saigner de temps en temps. Il est important d'observer qu'au commencement de sa maladie cette dame avait été saignée cinquante fois, et chaque fois on avait tiré une pinte de sang, et souvent deux. Le 8 août 1828, plus de gêne dans la respiration ; la malade peut dormir et se coucher de toutes les manières ; elle ne souffre plus. Le 9 septembre, la malade est à la campagne : jamais elle n'a joui d'une aussi bonne santé.

VI^e. OBSERVATION.

Anévrysme de l'artère innominée et de l'origine de la carotide, opéré par M. ÉVANS. (*Extraite de la Lancette, nov.* 1828.)

William Hall, âgé de trente ans, boucher et marchand de chevaux, d'une constitution athlétique, accoutumé dès son enfance à des travaux pénibles. Le 10 mars 1828, après un violent accès de toux, il lui survint une tumeur pulsative un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, sous la partie sternale du muscle mastoïdien ; les pulsations, isochrones aux battemens du cœur, ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. Aussitôt que la tumeur eut paru, la toux et la dyspnée cessèrent. Je considérai l'opération de M. *Wardrop* comme le seul moyen appliquable à cette affection. Je pris conseil de deux chirurgiens très-distingués de Londres : ils furent d'un avis contraire. Alors ayant pris l'avis de M. *Bennet*, and *Brown de Derby*, il fut décidé que le malade serait soumis à la méthode de traitement de *Valsalva*. Le traitement fut commencé le 3 avril 1828 : le malade fut tenu au lit. Tous les trois jours, saignée de huit onces ; du thé, du bouillon pour toute nourriture. Je lui fis prendre de la digitale à petites doses. Ce traitement fut continué jusqu'au 13 juillet. Pendant le premier mois le pouls baissa jusqu'à 47, et la tumeur devint plus dure. Au commencement du mois de mai, le pouls revint à 80 ; la tumeur augmenta de volume et devint douloureuse. Trente sangsues

appliquées sur la douleur ne produisirent aucun effet. Quelques jours après il survint la diarrhée, et l'inflammation du kyste cessa. L'anévrysme resta stationnaire jusqu'au 1^er^. juillet ; mais depuis ce jour jusqu'au 20 il augmenta considérablement de volume : à cette époque la tumeur anévrysmale atteignait le cartilage cricoïde, et gênait la respiration et la déglutition. L'opération me parut alors indispensable ; le docteur *Bent de Derby* vit le malade le 17, et fut du même avis. Le 22 juillet au matin, l'opération fut faite en présence de MM. *Bennet* et *Brown de Derby*, *Ingle* et *Walne*. L'artère carotide fut mise à nu avec difficulté ; elle fut liée avec un simple fil de soie : aussitôt après la ligature les branches de la carotide externe cessèrent de battre ; les pulsations de la tumeur ne furent pas diminuées. Le 23 et le 24, pulsations plus fortes. Le 25, pouls plein, à 120. (Saignée de six onces, potion purgative.) Le 26 au matin, pouls à 92, plus fort dans l'artère radiale droite ; le soir, douleur du kyste. (Nouvelle saignée.) Le 27, mieux dès le matin ; à neuf heures du soir, pouls à 100, délire, anxiété. Le 28, le mieux se soutient tout le jour. Le 29 à sept heures, tout à coup le malade devint pâle et tout couvert de sueur ; râle trachéal, impossibilité d'avaler : on aurait dit que le malade n'avait que quelques momens à vivre ; salivation abondante. Cet état dura jusqu'au soir ; les autres symptômes diminuèrent, la salivation seule persista. Depuis cette époque son état s'améliora tous les jours. On doit remarquer que jusqu'au 29 juillet les artères du côté droit battaient avec plus de force que celles du gauche ; mais, à dater de ce jour, plus de circulation dans l'artère axillaire et brachiale ; le bras droit fut paralysé, et le 19 octobre il n'avait pas encore recouvré la sensibilité et le mouvement. Onze jours après l'opération, le côté droit de la tête et du cou éprouvèrent le même phénomène ; la salivation continua jusqu'à la mi-septembre. Le 13 octobre la ligature n'était pas encore détachée, et comme elle irritait la plaie, je la coupai. Aujourd'hui 22 octobre 1828, cinq semaines se sont écoulées depuis l'opération, William Hall a repris ses habitudes et son commerce ; il vaque à ses affaires comme par le passé.

VII^e. OBSERVATION.

Anévrysme vrai de la sous-clavière droite, opéré par M. DUPUYTREN
(Extraite de la Clinique, 1829.)

N..., âgé de quarante ans, laboureur, éprouva au commencement de janvier un sentiment de faiblesse dans toute la longueur du bras droit; il ressentit une gêne douloureuse à la base du cou. L'examen attentif lui fit découvrir un corps rond du volume d'une noisette. La tumeur s'accrut avec lenteur, dans la direction des muscles scalènes. Le malade, ne pouvant plus se servir de son bras, vint à Paris, entra à l'Hôtel-Dieu le 28 mai. Aujourd'hui 10 juin, l'anévrysme a fait beaucoup de progrès, malgré qu'on l'ait tenu couvert de glace pilée, et que l'on ait pratiqué sept saignées du bras. Depuis sa sortie d'entre les scalènes jusqu'au niveau de la clavicule, l'artère a acquis le volume d'un œuf ordinaire; en dehors et en haut, le kyste s'étend au bord du trapèze, et forme en cet endroit une bosselure considérable. La santé générale est très-bonne; tout le membre est engourdi. L'étendue, le siége et la gravité de la maladie ne laissent au chirurgien qu'un petit nombre de ressources. Dans deux séances consécutives, M. *Dupuytren* a établi de la manière la plus incontestable que l'opération de *Brasdor* était le seul moyen qui offrît quelques chances de succès. L'opération a été faite le 12 juin 1829. Le malade couché sur le dos et maintenu par quelques aides, M. *Dupuytren*, placé à sa droite, fait à la peau une incision de trois pouces de longueur, dans une direction parallèle à la clavicule, à deux travers de doigt au-dessous de cet os; l'incision commence sur le bord interne du deltoïde, et se prolonge transversalement sur le grand pectoral; la peau, le tissu cellulaire et le dernier muscle sont divisés avec précaution; les artères acromiales et thoraciques sont liées. L'opérateur arrive ainsi à l'aponévrose qui revêt le petit pectoral; ce muscle est divisé dans la moitié de sa largeur, où arrive un paquet de vaisseaux, au milieu desquels on sent

l'axillaire ; mais elle est recouverte par la veine du même nom, énormément dilatée ; la gaîne du vaisseau est ouverte avec une sonde cannelée. L'énorme dilatation de la veine axillaire rendait l'opération difficile, il n'importait pas moins de respecter ses parois que d'éviter de la comprendre dans une même ligature avec l'artère. Ces deux obstacles ont été vaincus avec un rare bonheur ; on passa autour de l'artère une petite ligature mousse qui amena une anse de cordonnet de soie au-dessous des vaisseaux : la ligature fut serrée avec force ; l'opération fut terminée, le malade ne perdit pas deux onces de sang. Le troisième jour après l'opération le malade était dans l'état le plus satisfaisant ; la tumeur a diminué de volume, et les battemens sont moins forts. Le 17, M. *Dupuytren* crut remarquer un peu d'agitation ; le pouls était vif. (Saignée du bras dans la journée.) Les compresses appliquées sur la plaie se teignent en rouge vif. (Nouvelle saignée de trois palettes.) A la visite du soir, le suintement continue. (Troisième saignée ; on continue l'application des réfrigérens.) Le 18, mêmes symptômes. (Saignée d'une seule palette ; le lendemain, saignée d'une palette.) Le 20, même état ; les pièces de l'appareil sont imbibées de nouveau par un sang vermeil ; la dyspnée augmente, le malade s'affaisse de plus en plus. Mort le 21, à quatre heures du matin.

Nécropsie le 22, à dix heures. Cerveau et cervelet dans l'état normal ; les plèvres contiennent de la sérosité sanguinolente ; lambeaux albumineux dans la droite ; le bord postérieur du poumon droit hépatisé ; rien de semblable à gauche. Le cœur a le double de son volume, pâle, flasque et ridé ; ventricules dilatés et amincis. L'aorte, depuis son origine jusqu'au diaphragme, est dilatée ; sa membrane interne est parsemée de larges plaques rouges, irrégulières ; quelques plaques ossifiées. Le tronc brachio-céphalique, très-dilaté, présente les mêmes altérations. La sous-clavière droite présente les mêmes lésions anatomiques que l'aorte ; depuis son origine jusqu'à son passage entre les muscles scalènes elle a subi une dilatation qui occupe ses trois tuniques, resserrées par les scalènes ; elle se dilate au-delà de ses muscles, et forme la tumeur ; le

kyste anévrysmal, borné en dedans par le scalène antérieur, en dehors par les nerfs du plexus brachial, en bas par la plèvre et la première côte, qui est presque entièrement usée à sa partie moyenne. Les aspérités osseuses étaient à nu au fond du sac. On n'a pu découvrir aucune trace des parois artérielles au-delà de l'intervalle des scalènes; au-dessous de la clavicule on trouvait l'artère dilatée, et présentant les mêmes altérations. Les autres organes sont dans l'état normal. Le parti qui a été pris était le seul qui offrît quelque chance de succès : la mort était inévitable en abandonnant la maladie à elle-même.

Dans ce moment il y a à l'hôpital de la Charité, un ancien postillon âgé d'environ quarante ans, qui porte une tumeur anévrysmale à la partie inférieure du côté droit du cou. Cette tumeur s'étend au-dessus de la clavicule, dessous l'articulation sterno-claviculaire, qui est luxée en partie. Le malade nous a dit que sa maladie datait de vingt mois. Après un violent accès de toux, il avait senti une tumeur de la grosseur d'une noisette s'élever au côté externe du sterno-mastoïdien. D'après ce fait, je pense que c'est un anévrysme de la sous-clavière : si la maladie augmente, je crois que la ligature selon le procédé de *Brasdor* est le seul moyen que l'on puisse tenter pour sauver la vie malade.

Les observations que je viens de rapporter semblent prouver que l'on peut s'opposer à l'accroissement d'une tumeur anévrysmale en liant l'artère malade entre l'anévrysme et le système capillaire; cette méthode est surtout utile lorsque, par la situation du sac anévrysmal, il est impossible de lier l'artère entre le cœur et la tumeur. Ne pourrait-on pas même adopter cette opération lorsque l'anévrysme est très-volumineux, et que l'on craint l'inflammation du sac si on opérait par la méthode de *Hunter?* La diminution de la tumeur presque immédiatement après la ligature de l'artère est un avantage inattendu de cette méthode d'opérer. Quant à l'hémorrhagie qui eut lieu chez le sujet de la troisième observation, il est important de noter que le sang vint du système capillaire et non du cœur; car l'artère entre la

ligature et cet organe était oblitérée et remplie de lymphe coagulée. Les anévrysmes pour lesquels la méthode de *Hunter* n'est pas applicable sont principalement ceux de la carotide, de la sous-clavière, de l'innominée, de l'iliaque, de la fémorale; leur position rend impossible de porter une ligature entre la tumeur et le cœur, surtout lorsque le sac est très-développé. C'est dans ces cas, qui sont toujours mortels lorsque l'on abandonne la maladie à elle-même, que cette nouvelle opération peut rendre de grands services; mais, avant de la pratiquer, il est important de pouvoir établir un diagnostic des tumeurs anévrysmales du cou. Ces tumeurs peuvent être formées par l'origine de la carotide, par la sous-clavière ou par le tronc innominé: leur diagnostic est souvent d'une très-grande difficulté, et, dans plusieurs cas, des chirurgiens très-habiles ont émis des opinions différentes. Naguère on regardait ces maladies comme incurables; peu importait leur détermination. M. *Wardrop*, qui a eu l'occasion de voir et d'étudier plusieurs de ces anévrysmes, pense que l'on peut les distinguer l'un de l'autre, en ayant égard à leur situation et à leurs rapports avec les parties environnantes. Lorsque la tumeur anévrysmale est formée par la dilatation de l'artère carotide, le kyste se trouve d'abord placé entre les deux portions du muscle sterno-mastoïdien, et lorsque l'anévrysme augmente de volume, l'extrémité inférieure du muscle d'abord distendu, finit par être détruite. Si c'est l'innominé, qui est le siége de la maladie, la tumeur, au lieu de se développer entre les portions du muscle sterno-mastoïdien, se trouve au côté interne de ce muscle et au-dessous du sternum. Si l'anévrysme affecte l'artère sous-clavière, alors la tumeur paraît au côté interne du muscle sterno-mastoïdien. Dans l'espace triangulaire limité par ce muscle et le trapèze, on doit consulter les pulsations artérielles: ordinairement elles sont moins fortes dans les branches qui naissent du tronc anévrysmal. Il faut ajouter que lorsque la tumeur prend un certain accroissement, alors le diagnostic devient très-difficile. Dans le cas d'anévrysme du tronc innominé, M. *Wardrop* regarde la ligature des deux branches comme très-nécessaire pour la guérison de cette maladie. Réflé-

chissant sur cette manière de procéder, on doit se demander si dans cet anévrysme le sang circule dans les deux artères. Il existe des exemples de guérison spontanée de cette maladie, et alors c'était la carotide qui était oblitérée. Il serait donc prudent d'imiter la nature, et c'est la carotide que l'on doit lier la première, si jamais on tente la guérison de cet anévrysme.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In exacerbationibus cibum subtrahere oportet : exhibere enim, noxium est. Et quæcumque per circuitus exacerbantur, in exacerbationibus subtrahere oportet. *Sect.* 1, *aph.* 11.

II.

His qui per circuitibus exacerbantur, nihil diù oportet neque cogere, sed auferre de oppositionibus ante judicationes. *Ibid.*, *aph.* 19.

III.

Quartanæ æstivæ plerumque fiunt breves ; autumnales verò longæ, et maximè quæ propè hyemem incidunt. *Sect.* 2, *aph.* 25.

IV.

Naturarum aliæ quidem ad æstatem, aliæ verò ad hyemem benè aut malè constitutæ sunt. *Sect.* 3, *aph.* 2.

V.

Sub cane, et ante canem, difficiles sunt purgationes. *Sect.* 4, *aph.* 5.

VI.

Sed et, si quid doluerit ante morbum, ibi se figit morbus. *Ibid.*, *aph.* 33.

VII.

Melancholicis, et nephreticis, hæmorrhoïdes supervenientes, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 11.